

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°.....

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Hadi RAIS

Né le 14 Octobre 1909, à TUNIS (Tunisie)

Un cas de cancer de Bowen de l'œsophage

Président : M. LEMAITRE, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Hadi RAIS

Né le 14 Octobre 1909, à TUNIS (Tunisie)

Un cas de cancer de Bowen de l'œsophage

Président : M. LEMAITRE, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1938

I. — Professeurs

Anatomie	MM.	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.	STROHL.
Physique médicale	POLONOVSKI.	Robert DEBRE.
Chimie médicale	BRUMPT.	BAUDOUIN.
Bactériologie	ABRAMI.	CHEVASSU.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	LEROUX.	CHAMPY.
Pathologie médicale et générale	TIFFENEAU.	HARVIER.
Pathologie médicale	TANON.	BALTHAZARD.
Pathologie chirurgicale	LAIGNEL-	LAVASTINE
Anatomie pathologique	FIESSINGER.	CHIRAY.
Histologie	LOEPER.	CARNOT.
Pharmacologie et matière médicale	Marcel LABBE	CLERC.
Thérapeutique	LEREBoullet	NOBECOURT.
Hygiène et médecine préventive	H. CLAUDE.	GOUGEROT.
Médecine légale	GUILLAIN.	LEMIERRE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CUNEO.	GOSSET.
Pathologie expérimentale et comparée	GREGOIRE.	LENORMANT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	TERRIEN.	MARION.
Clinique médicale	LEVY-SOLAL	COUVELAIRE
Hygiène et clinique de la première enfance	JEANNIN.	MOCQUOT.
Clinique des maladies des enfants	OMBREDANNE	RATHERY.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LEMAITRE.	Pierre DUVAL
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VILLARET.	TROISIER
Clinique des maladies du système nerveux	MATHIEU.	LAUBRY.
Clinique des maladies infectieuses	N.....	HOVELACQUE
Clinique chirurgicale	MULON.	OLIVIER.
Clinique ophtalmologique	VERNE.	
Clinique urologique		
Clinique d'accouchements		
Clinique gynécologique		
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		
Clinique thérapeutique médicale		
Clinique oto-rhino-laryngologique		
Clinique thérapeutique chirurgicale		
Clinique propédeutique		
Clinique de la Tuberculose		
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte		
Clinique cardiologie		
Assistance médico-sociale		
Professeurs sans chaire		

II. — Agrégés en exercice

MM.	MM.
AMELINE	DE GAUDART
BARIETY	D'ALLAINES ..
PENARD Henri	GAYET
BERNARD Et. .	DE GENNES ...
BESANCON (J.).	GIROUD
BOULIN	HAGUENAU
BULLIARD	HALPHEN
CATHALA	HAZARD
COSTE	HUGUENIN
CHEVALLIER ..	JOANNON
DOGNON	IACOMME
FUNCK	LANTUEJOUL ..
BRENTANO ...	LAROCHE Guy.
FEY	LAVIER
GAILLARD	LELCNG
GASTINEL	
Pathologie chirurgicale.	Pathologie chirurgicale
Pathologie médicale.	Physiologie.
Pathologie médicale.	Pathologie médicale.
Pathologie médicale.	Histologie.
Hydrologie.	Pathologie médicale.
Pathologie médicale.	Oto-rhino-laryngologie
Pathologie médicale.	Pharmacologie.
Pathologie médicale.	Anatomie pathologique
Pathologie médicale.	Hygiène.
Physique	Obstétrique.
Pathologie chirurgicale.	Obstétrique.
Urologie.	Pathologie médicale
Parasitologie.	Parasitologie.
Bactériologie.	Pathologie médicale

MM.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J.)	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT- DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.	
PIEDELIEVRE	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.)	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.

MM.	
HEITZ-BOYER...	Pathologie chirurgicale.
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale
LE LORIER ...	Obstétrique.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE..	} Clinique médicale
AUBERTIN	
BRULE	
CPABROL	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR- VAL- LERY-RADOT..	
SEZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCQ	
CADENAT	
GATELLIER ...	
MOURE	
QUENU	
VELTER	
ECALLE	} Clinique obstétricale
METZGER ...	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLET-BERT, agrégé	Education physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MEMOIRE DE MA CHERE GRAND ' MERE

Je dédie cette thèse en gage du
pieux et toujours vivant souvenir que
je lui garde.

A LA MEMOIRE

DE MA MERE ET DE MON PERE

A CELLE ET A CEUX QUI NE M'ONT POINT MENAGE NI LEUR AFFECTION, NI LEUR SOUTIEN
ET AUXQUELS JE DOIS D'ETRE CE QUE JE
SUIS.

Témoignage reconnaissant.

A MA MEILLEURE AMIE

Gage de mon profond attachement.

A MON MEILLEUR AMI

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMAITRE

*Professeur d'Oto-Rhino-Laryngologie à la Faculté
de Médecine de Paris*

Membre de l'Académie de Médecine

*Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital Lariboisière
Commandeur de la Légion d'honneur*

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.

Hommage respectueux.

A MON MAITRE
MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS LEROUX
Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux

Qui, grâce à son enseignement si précis, a su me diriger vers l'oto-rhino-laryngologie.

Faible témoignage de ma grande gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CAILLIAU
Professeur à l'Ecole de Médecine de Rouen

Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse et m'a aidé de ses précieux conseils au cours de son élaboration.

Hommage reconnaissant.

A MON MAITRE
MONSIEUR LE DOCTEUR MONBRUN
Ophthalmologiste des Hôpitaux

Qu'il trouve ici l'expression de ma gratitude pour la bienveillance qu'il m'a toujours témoignée.

A MES MAITRES
DE L'HOPITAL FRANCO-MUSULMAN

A TOUS MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

Un cas de cancer de Bowen de l'œsophage

INTRODUCTION

Durant le premier semestre de l'année 1938, nous avons eu l'occasion de faire de nombreuses œsophagoscopies à l'Hôpital Franco-Musulman, sous la direction de notre Maître, le Docteur Louis LEROUX.

Nous avons pu diagnostiquer cinq cancers de l'œsophage et remarquer la très grande fréquence de celui-ci chez les hommes, fait observé par GUISEZ, et confirmé par nous dans une proportion de 100 %.

Nous avons par ailleurs recherché chez nos malades, les stigmates cliniques et sérologiques de syphilis, étant donné la tendance actuelle qui tend à rapprocher l'étiologie du cancer de l'œsophage de celle du cancer de la langue, où l'on a souvent constaté l'apparition du néoplasme sur des anciennes leucoplasies linguales.

Parmi les cinq cancers de l'œsophage observés, notre attention a été retenue par la présence d'un cancer de Bowen; c'est à notre connaissance le premier cas publié en France de cancer des muqueuses

de Bowen, localisé à l'œsophage, qui a déjà fait l'objet d'une communication à la Société d'O.R.L. (Docteurs Louis LÉROUX et CAILLIAU, 1938).

Nous nous proposons dans cette étude de faire un bref exposé de cette nouvelle affection qu'est la maladie de Bowen.

Nous insistons plus particulièrement sur la description histo-pathologique qui constitue l'unique critérium de cette maladie. Nous analysons ensuite notre observation et nous essayons d'exposer les particularités propres à la localisation œsophagienne du cancer de Bowen.

Ce cancer se différencie peu des autres cancers de l'œsophage : si son diagnostic est difficile macroscopiquement, son évolution, son traitement, son pronostic sont identiques, car là comme ailleurs on reste désarmé.

HISTORIQUE

C'est en 1912 que le dermatologiste américain BOWEN indentifie et décrit le premier une dermatose différente des formes ordinaires de l'épithélioma cutané par son aspect clinique et par sa structure histologique; il remarqua aussi l'analogie d'une telle affection avec la maladie de Paget.

Deux ans après, DARIER donne une étude complète de la nouvelle maladie et rapporte les trois premiers cas observés en France, dont deux personnelles.

Ce n'est qu'en 1921 que JESSNER, le premier rapporte l'existence de la maladie de Bowen sur les muqueuses. Il l'avait observée sur la face interne du prépuce.

Et depuis cette date, la liste de localisation sur les muqueuses de la maladie de Bowen ne cesse de s'allonger, la proportion de ces localisations muqueuses par rapport aux localisations générales étant de 22 % (ROUSSET).

On peut distinguer deux grands groupes :

1° *Cancers génitaux* : gland, vagin et vulve (JESSENER, CAILLIAU, ROUSSET, etc.)

2° *Cancers extra-génitaux* : pituitaire, amygdales (CAILLIAU).

Voile du palais : (MOULONGUET).

Cette liste de cancer extra-génitaux, de CAILLIAU, se continue aujourd'hui par le cas que nous nous proposons de publier, puisque c'est sous sa direction, dans le laboratoire du Professeur JAUSION qu'il nous a été permis de l'observer.

GENERALITES SUR LE CANCER DE BOVEN

La maladie de Bowen est un épithélioma qui se rapproche beaucoup de l'épithœlioma de PAGET.

Il est constitué comme lui soit de cellules volumineuses claires, turgides, vacuolisées, avec noyaux pelotonnés (clumping); soit de cellules à protoplasme sombre basophile, à noyaux multiples, pycnotiques : ce sont les *cellules de Bowen*. De nombreux éléments acquièrent une vitalité particulière : elles grossissent, leurs noyaux se multiplient, leurs nucléoles s'hypertrophient; leur pouvoir phagocytaire s'accroît : elles englobent des leucocytes, des corps hyalins, des débris chromatinien; certaines parasitent d'autres cellules avoisinantes (*cellules à manteau*).

Entre la maladie de Paget et la maladie de Bowen, il n'existe, il faut le reconnaître, à l'examen des coupes histologiques que des différences de détail : l'œdème, la vacuolisation, la desmolyse sont plus importantes dans la cellule de Paget; le gigantisme cellulaire et nucléaire est plus accentué dans la maladie de Bowen.

La présence de cellules dyskératosiques est inconstante dans ces affections et ne serait nullement caractéristique dans les deux cas.

Si la maladie de Bowen se prête à une description clinique lorsqu'elle apparaît sur la peau, ses localisations muqueuses, par contre, échappent à toute classification, et c'est avec raison que RICHON écrivait en 1925, dans sa thèse : « Cette affection présente de grandes analogies avec les états décrits sous le nom d'érythroplasies et leur différenciation objective est à peu près impossible. Seul l'examen histologique le permettra ».

A la rigueur, on pourrait en faire la description suivante : cette affection se présente comme un placard érythémateux, soit suintant et lisse ou granuleux avec des îlots blanchâtres hyperkératosiques, soit sec et squameux. Son bord est bien limité, à peine saillant, ou à peine exulcéré. Sa base est presque toujours légèrement indurée, mais cette induration peut manquer.

L'évolution des lésions est très lente et se fait surtout en surface; parfois, elle gagne en profondeur; une ulcération peut apparaître et prendre un aspect bourgeonnant; mais cette seconde éventualité est en général tardive.

Cette affection survient généralement chez les personnes âgées et indifféremment chez l'homme ou chez la femme.

ETUDE CLINIQUE

EXAMEN RADIOLOGIQUE

M. Emile F..., 51 ans, forgeron, habitant à Drancy, vient à la consultation du Docteur NICOLAS, le 6 avril 1938, pour des troubles digestifs assez vagues : digestion lente, sans horaire précis, pituites matinales. Ces troubles sont accompagnés d'un léger amaigrissement.

L'examen somatique se montre négatif ainsi que son examen sérologique : Vernes, péréthynol = 0. Résorcine = 13.

Etant donné l'aveu d'intempérance du malade, on rattache les signes ressentis par celui-ci à une insuffisance hépatique.

Deux mois après, M. Emile F... revient à la consultation, il accuse une dysphagie pour les corps solides, non douloureuse, toujours accompagnée des troubles digestifs antérieurs et d'amaigrissement.

C'est alors que l'on ordonne devant cette dysphagie, qui constitue l'unique signe important du cancer d'œsophage, un examen radioscopique et radiographique.

Cet examen révèle au niveau de l'union des deux tiers supérieurs de l'œsophage, avec le tiers inférieur, la présence d'une *rectitude segmentaire*, s'étendant sur une longueur de deux centimètres environ, le calibre œsophagien correspondant étant apparemment non réduit.

Le péristaltisme œsophagien ne paraît pas touché; l'image médiastinale est normale.

Devant cette rectitude segmentaire, monosymptomatique, le diagnostic reste hésitant, car une telle image peut être fournie par le cancer au début mais aussi par un spasme œsophagien, ou un rétrécissement cicatriciel, d'origine inflammatoire ou traumatique.

Il est possible de mieux préciser le diagnostic :

1° Soit en soumettant le sujet à un traitement atropinique, pour écarter l'étiologie spasmodique.

2° Soit en fouillant plus complètement l'anamnèse pour s'assurer que le sujet n'a point avalé de liquide caustique.

3° Soit, enfin, en s'aidant de recherches de laboratoire pour écarter l'origine syphilitique de ce rétrécissement.

Dans le cas qui nous préoccupe, seule l'hypothèse du cancer reste à retenir.

OSOEPHAGOSCOPIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Pour confirmer définitivement le diagnostic, on pratique une œsophagoscopie, le malade est soumis à un traitement bromuré préparatoire. L'examen est pratiqué après anesthésie locale par badigeonnage du pharynx et de la bouche supérieure œsophagienne, à l'aide d'une solution de cocaïne à 10 %.

On utilise l'appareil de BRUNNINGS et pour faciliter la manœuvre, chez ce malade spasmé, on guide l'introduction de l'œsophagoscope grâce à une sonde œsophagienne introduite en premier lieu, et qui s'adapte à l'ouverture de l'œsophagoscope.

Cette œsophagoscopie révèle à 30 cm. de l'arcade dentaire l'existence sur la face antérieure œsophagienne d'une surface légèrement tuméfiée, d'aspect vernissé, qui se déplisse facilement sans saigner. Cet aspect n'a cliniquement aucune apparence d'une lésion néoplasique, c'est ce qui a fait même discuter de l'opportunité d'une biopsie, laquelle est venue

apporter la clé du diagnostic, et révéler la rareté clinique qui fait l'objet de notre sujet, car la presque totalité du cancer de l'œsophage est constituée par des Epithéliomas spino-cellulaires et plus particulièrement baso-cellulaires.

La description histo-pathologique de la coupe est typique : sur l'épithélium pavimenteux de la muqueuse œsophagienne sont répartis de nombreux îlots peu étendus de cellules atypiques de BOWEN :

La cellule dite parasitée, cellule palléale ou cellule à manteau qui pénètre une cellule avoisinante refoule son noyau aplati et s'en enveloppe comme d'un manteau. Des éléments monstrueux à noyau volumineux mûriformes ou polylobés, inclus dans une vacuole protoplasmique ou même dans un cytoplasme totalement liquéfié; d'autres éléments gigantesques atteignant quatre et six fois les dimensions d'une cellule normale, des plasmodes multinucléées formées d'une masse protoplasmique et hyaline, semées de nombreux noyaux offrant des figures d'inclusion cellulaire (noyau phagocité, poussière nucléaire, figures pseudo-parasitaires).

Dans toutes ces variétés cellulaires, l'irrégularité des noyaux surtout est remarquable, la plupart sont énormes, monstrueux, bourgeonnants, doubles ou multiples, en pycnose, en caryorhexis, les mitoses sont remarquablement abondantes, elles sont parfois symétriques, mais souvent, elles se caractérisent par leur asymétrie et multiplorarité; souvent ces cellules conservent un exoplasme moins net que dans

les cellules normales, mais persistant néanmoins. Notons encore que parfois les cellules malpigiennes cancérisées s'assemblent pour la kératinisation et édifient des globes cornés complets ou imparfaits.

On observe encore des rares cellules dyskeratosiques : soit hypertrophiées, chargées de kératohyaline entourées d'une membrane réfringente, soit à protoplasme acidophile clair, avec petit noyau foncé.

On voit ainsi que ce qui caractérise une telle coupe, c'est la présence de cellules néoplasiques, les cellules dyskératosiques qui sont ici exceptionnelles seraient un élément surajouté et ne caractériseraient nullement l'histopathologie du cancer de BOWEN. A ce stade de début, nous assistons à une cancérisation uniquement cellulaire qui précède toujours la cancérisation typique ou tissulaire. Nous nous rallions ainsi à la théorie soutenue par CAILLIAU et HUDELO qui se différencie de celle de DARIER qui prétend que la maladie de BOWEN, ainsi d'ailleurs que celle de PAGET ne sont au début que des formes particulières de dyskératose préépithéliomateuse et non des cancers d'emblée.

TRAITEMENT ET EVOLUTION

Le malade subit sous la direction des Docteurs LEDOUX-LEBART et DJIAN, un traitement radiothérapique intense, de 30 séances sous forme de radiothérapie pénétrante en feux croisés (3 champs : un gauche, un droit, un dorsal), sur la localisation néoplasique avec des séances quotidiennes; des doses cancéricides (200 r) ont été employées à l'aide de l'appareil Massiot (220 KV; filtre 2 Cu; 2 Al).

A la fin du traitement, une deuxième œsophagoscopie est pratiquée qui révèle à 33 cm. de l'arcade dentaire un rétrécissement œsophagien provoqué par un gros bourgeon néoplasique.

Sur ce malade encore résistant et pour mettre son œsophage au repos une gastrostomie est pratiquée précocement le 27 mai 1938 dans le Service du Docteur THALEIMER, mais l'issue fatale n'a pu qu'être différée.

Nous avons préféré le traitement radiothérapique à la radiumthérapie locale, car celle-ci est très pénible à supporter par le malade à cause de l'introduction et de la mise à demeure pendant quelques

jours consécutifs des sondes œsophagiennes munies de tubes de radium (10 à 20 m. c. d.).

Ce dernier traitement est donc actuellement avantageusement remplacé par la radiothérapie qui de nos jours, grâce aux progrès de la technique moderne, peut donner les mêmes irradiations que le radium tout en évitant ses inconvénients.

Nous avons ainsi employé la thérapeutique la plus préconisée aujourd'hui; quant à l'exérèse chirurgicale, point n'est besoin d'en parler, c'est une méthode nullement au point.

Ainsi, le pronostic est sombre ici comme dans les autres cancers de l'œsophage. Le malade est mort dans l'espace de cinq mois, non par inanition, puisqu'on lui avait pratiqué une gastrostomie précoce. L'évolution a donc été extrêmement rapide si on la compare à celle du cancer de BOWEN, en général, où elle peut atteindre jusqu'à 15 à 20 ans.

Il est possible que cette évolution puisse être ici très longue, l'affection étant latente à son début et ne se révélant qu'à son stade ultime de bourgeonnement et de sténose.

Il ne nous a pas été donné de pratiquer une autopsie, mais au cours des différents examens cliniques et radiologiques faits entre temps il ne nous a pas été permis de déceler la présence de métastases médiastinales, pulmonaires, osseuses ou hépatiques, etc.

CONCLUSIONS

L'intérêt de cette observation réside principalement dans son étude histo-pathologique.

C'est au hasard de nos œsophagoscopies pratiquées sous la direction de notre Maître, le Docteur Louis LEROUX, et avec la collaboration du Docteur CAILLIAU, que nous avons découvert cette forme clinique.

Ce serait à notre connaissance le premier cas publié en France, de localisation œsophagienne du cancer de Bowen des muqueuses.

Ce cancer de Bowen présente ici les mêmes caractères que ceux rencontrés sur les autres muqueuses : cellules palléales ou à manteau, parasitant, des cellules avoisinantes qu'elles aplatissent.

Un second groupe de cellules gigantesques constitué par des cellules acidophiles vacuolisées, entourées souvent d'une coque et par d'autres éléments à noyaux polymorphes, multiples, à nucléole hypertrophique, ayant un pouvoir phagocytaire très accentué (inclusion de leucocytes, de corps hyalins, de débris chromatinien).

Quelques rares cellules dyskératosiques qui seraient des éléments secondaires, surajoutés.

Nous sommes de l'avis de ceux qui, comme CAILLIAU, voient dans le cancer de Bowen, ainsi d'ailleurs que dans celui de Paget, un cancer d'emblée, qui procède en deux étapes : une première étape de cancérisation cellulaire isolée suivie d'une deuxième étape de cancérisation tissulaire généralisée.

Cette forme histo-pathologique du cancer de Bowen peut être, elle, individualisée cliniquement.

Dans le cas que nous exposons, on peut relever :

— la difficulté de son diagnostic, à l'examen œsophagoscopique;

— l'extrême rapidité de son évolution fatale, sans essaimage métastatique.

Notons enfin sa résistance à l'irradiation radiothérapique.

Vu :

LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
LEMAITRE.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ADAMSON. — Multiple superficial rodent ulcer : possible embryonic sweat duct origin. (*Dermat. Soc. London*, oct. 1922.)
- ART L. et BIACH. — Morbus Bowen. (*Archw. Gür. Dermatologie und Syphilis*.)
- BAKES A. — Un cas de maladie de Bowen en foyers multiples. (*Bulletin de la Société roumaine de Dermatologie et de Syphilographie* (semaine du 13 janvier 1925).)
- BARBIER G. — Epithélioma métatypique superficiel en nappe de la région fessière, d'aspect clinique pagétoïde histologiquement bowénoïde. (*Marseille Médical*, 1928.)
- BOSELLINI. — Sul morbo di Bowen similari. (*Dermat. Wochenschrift*.)
- BOWEN. — A sixth cases of type recently described. (*The journal of cutaneous diseases*.)
- CAROL. — W. L. L. Über Carcinosis entis multiformes (werrusa). Csog dermatosis praecancerosa Bowen. (*Archiv für dermatologie und Syphilis*.)
- CAILLIAU. — La Maladie de Bowen des muqueuses. (*Annales de Dermatologie et Syphilographie*, 1933).

- DANEL. — Dyskératose de Bowen. Dégénérescence cancéreuse locale ganglionnaire. *Annalégale. Dermatologie.*
- DARIER. — Les affections précancéreuses de la peau et des muqueuses. (*Bulletin de l'Ass. Franç. pour l'étude du cancer.*)
- Le cancer de la dermathose de Bowen. (*Bulletin de l'Académie de Médecine, 1920.*)
- DUCREY. — La dermathose précancérosa del Bowen. (*Studio clinico et isopatologio, Roma, 1923.*)
- GUISEZ. — Diagnostic et traitement des rétrécissements de l'œsophage.
- IUDELO, OURY, CAILLAU. — Dyskératose érythroplasiforme de la muqueuse vulvaire. (*Bulletin de la Société Française de Dermatose et de Syphilis, 1922.*)
- IKREIBEICH. — The Wesen des Bowen. (*Ertramting Archi fuir Dermatologie und Syphilis, 1928.*)
- LOUSTE, THIBAUT. — Un nouveau cas de maladie de Bowen. (*Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphilis, 1924.*)
- MARRANIO. — Un caso di morbo di Bowen, 1929.
- MASSIA et ROUSSET. — Maladie de Bowen de la muqueuse vulvaire avec généralisation ganglionnaire, 1930.)
- MONDAIN et CAILLIAU. — Les réactions dyskératosiques des muqueuses vulvo-vaginales avec dégénérescence néoplasique réalisant un type d'épithélioma analogue au cancer entamé de Bowen. (*Bulletin de l'Association Française pour l'étude du cancer, 1923.*)
- NICOLAS, MASSIA, ROUSSET. — La maladie de Bowen des muqueuses. Discussions de sa nature à propos des trois nouveaux cas. (*Annales de Dermat. et de Syphilis, 1930.*)
- POPOFF. — A propos de la maladie de Bowen. (*Rousski Vesknick, dermatologini, 1927.*)

RICHON. — La maladie de Bowen des muqueuses et sa cancérisation. (*Thèse Paris 1924.*)

ROUSSET. — Les Dyskératinations épithéliomateuses.

SAATARD. — Precancerous dermakosis of Bowen. (*British jourus of Dermatol and Syphilis, 1923.*)

TASEKIRO. — Sur la maladie de Bowen. (*Revue de Dermatologie, en japonais.*)

YAMAMOKO J. — Sur la maladie de Bowen. (*Revue de Dermatologie, 1925 (en japonais.)*)



IMPRIMERIE SPECIALE
DE
MM. VIGOT Frères

